

**승인서**  
AUTHORIZATION

<b>정보공개승인자</b>					
성명 성	이름	중간이름	생년월일		
기록을 찾는 데 도움이 될 수 있는 정보:		이전에 사용되었던 이름			
수혜자 ID 번호	기타 신원확인용 번호	서비스 제공 일자	서비스 제공 장소		
<b>기록부 입수 관계인(기관):</b>					
성명 성	이름	중간이름	직책		
기관명 혹은 사업체 명칭(해당될 경우)					
주소	시	주	우편번호		
전화번호(지역번호 포함)	팩스번호(지역번호 포함)	E-메일 주소			
기록부공개사유					
<b>승인사항:</b>					
<p><b>소속부서:</b> 본인은 해당 관계인(기관)에게 아래 프로그램에 대한 공개를 승인하며, 해당 관계인은(기관) 아래에 설명되어 있는 대로 본인에 관한 기밀정보를 접할 수 있습니다. 해당 정보는 구두로 혹은 컴퓨터 데이터 전송, 우편, 팩스 혹은 인면으로 제공될 수도 있습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 공개될 수 있는 프로그램(모든 해당사항에 체크하십시오):</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 노인 및 장애 서비스 행정국  <input type="checkbox"/> 경제서비스 행정지원 프로그램  <input type="checkbox"/> 재무 서비스 행정국  <input type="checkbox"/> 의료지원 행정국  <input type="checkbox"/> 직업 재활부  <input type="checkbox"/> 기타: _____         </td> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> 아동 행정국  <input type="checkbox"/> 아동 양육부  <input type="checkbox"/> 청소년 재활 행정국  <input type="checkbox"/> 알코올 및 마약남용 서비스부  <input type="checkbox"/> 정신건강부(주정부 운영 종합 병원포함)         </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> 보건 사회부(DSHS)의 모든 소속부서</p>				<input type="checkbox"/> 노인 및 장애 서비스 행정국 <input type="checkbox"/> 경제서비스 행정지원 프로그램 <input type="checkbox"/> 재무 서비스 행정국 <input type="checkbox"/> 의료지원 행정국 <input type="checkbox"/> 직업 재활부 <input type="checkbox"/> 기타: _____	<input type="checkbox"/> 아동 행정국 <input type="checkbox"/> 아동 양육부 <input type="checkbox"/> 청소년 재활 행정국 <input type="checkbox"/> 알코올 및 마약남용 서비스부 <input type="checkbox"/> 정신건강부(주정부 운영 종합 병원포함)
<input type="checkbox"/> 노인 및 장애 서비스 행정국 <input type="checkbox"/> 경제서비스 행정지원 프로그램 <input type="checkbox"/> 재무 서비스 행정국 <input type="checkbox"/> 의료지원 행정국 <input type="checkbox"/> 직업 재활부 <input type="checkbox"/> 기타: _____	<input type="checkbox"/> 아동 행정국 <input type="checkbox"/> 아동 양육부 <input type="checkbox"/> 청소년 재활 행정국 <input type="checkbox"/> 알코올 및 마약남용 서비스부 <input type="checkbox"/> 정신건강부(주정부 운영 종합 병원포함)				
<p><b>기록부:</b> 본인은 다음 기록부에 대한 공개를 승인합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 상기에 표시한 대로 DSHS 부서에서 소지하고 있는 수혜자의 기록부  <input type="checkbox"/> 상기에 표시한 대로 DSHS 부서에서 소지하고 있는 수혜자의 기밀정보  <input type="checkbox"/> 다음 기록만 공개함:</p> <p>본인은 다음과 같이 공개할 수 있는 범위를 (날짜, 자료유형 등으로) 지정합니다.</p>					
<p><b>주의사항:</b> 수혜자 자신의 기록부나 개인 기밀정보에 다음 정보가 기록되어 있을 경우, 이 정보가 포함되도록 반드시 아래 사항을 완성해 주십시오.</p> <p><b>기밀기록부:</b> 본인은 다음 기록부(들)를 공개할 수 있는 대상으로 승인합니다(모든 해당사항에 체크하십시오).</p> <p><input type="checkbox"/> HIV/AIDS 및 STD(성병) 검사 결과, 진단 및 치료내용 (RCW 70.24.105)  <input type="checkbox"/> 다음을 포함한 정신건강기록부 (RCW 71.05.620):</p> <p><input type="checkbox"/> 다음을 포함한 마약 의존성 (CD) 치료 기록부 (42 CFR Part 2):</p>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 승인서 유효기간 : <input type="checkbox"/> 90 일 혹은 <input type="checkbox"/> 다음 기간 까지 _____ (날짜 혹은 사례)</li> <li>● 본인은 언제라도 이 승인서를 무효/폐지시킬 수 있습니다. 단, 이미 공개된 정보는 제외됩니다.</li> <li>● 본인의 승인 하에 공개되는 정보는 더 이상 DSHS에 적용되는 법으로 보호를 받을 수 없음을 본인은 인지합니다.</li> <li>● 이 승인서 사본은 정보 공개시 본인의 승인용으로 유효합니다. DSHS에서는 기록부 복사비를 청구 할 수 있습니다.</li> </ul>					
승인자(서명)	날짜	전화번호(지역번호 포함)			
성명(인쇄체로 기입하십시오)	증인/공증인(해당될 경우 서명과 인쇄체로 이름 기입요)				
<p>본인은 해당 기록부의 본인은 아니지만, 아래에 해당되므로 서명할 수 있는 관한이 있습니다(증빙서류 첨부요).</p> <p><input type="checkbox"/> 미성년자 부모    <input type="checkbox"/> 법적 보호자    <input type="checkbox"/> 수혜자의 대리인    <input type="checkbox"/> 기타:</p>					
<p><b>정보수령인에게 알리는 글:</b> 해당 기록부에 HIV, STD, 혹은 알코올/마약 남용에 관한 정보가 들어 있을 경우 기록부 내용의 당사자로부터 특별한 허락이나 법적 요건에 명확하게 부합하지 않고는 연방법 및 주법 하에 해당 내용을 더 이상 다른 대로 공개할 수 없습니다.</p>					

## 승인서 작성 지침서

**승인서 사용 용도:** 본 승인서는 수혜자가 DSHS로 하여금 자신에 관한 기밀 정보를 다른 사람(변호사, 입법자 혹은 친족 포함)에게 공개할 경우 사용해야 합니다. 수혜자는 DSHS에서 소유하고 있는 해당 수혜자에 관한 모든 기밀 정보를 공개할 수 있도록 하거나 공개될 수 있는 기록부 내용이나 해당 부서를 부분적으로 지정해 놓을 수 있습니다. 또한 DSHS는 이 승인서로 수혜자가 승인한 사람과 구두로 수혜자에 관한 상황을 의논할 수 있습니다.

**수혜자에게 알리는 글:** DSHS에서 소유하고 있는 수혜자에 관한 대부분의 정보는 기밀 정보로써 수혜자의 허가 없이 또는 법이 허용하는 경우를 제외하고는 다른 사람에게 공개되지 않습니다. DSHS에서 수혜자에 관한 정보를 다른 데로 공개하고 나면 해당 정보를 입수한 사람은 DSHS에 적용되는 법 하에 해당 정보를 보호하지 않을 수도 있다는 것에 유의하시기 바랍니다. DSHS에서 수혜자격 여부를 결정하는 데 본 승인서가 필요한 경우를 제외하고는 수혜자가 DSHS로 하여금 수혜자의 정보 공개를 승인하는 이 승인서에 서명하지 않았다고 하여 수혜자의 혜택을 거절할 수는 없습니다. DSHS에서 수혜자에 관한 기밀 정보를 공유하는 방법과 사생활 보호관에 대해 더 상세한 설명이 필요하면 Notice of Privacy Practices 낙이 승인서를 제공한 직원에게 문의하시기 바랍니다.

**기입방법:** 이 승인서는 전자매체(예: 컴퓨터)나 펜으로 기입할 수 있습니다. 컴퓨터를 사용할 경우 키보드 템을 사용하여 각 칸에 기입할 수 있습니다. 아동을 비롯하여 신청 기록부의 각 당사자 별로 승인서가 작성되어야 합니다. "당사자/수혜자"란 기록부 내용의 대상을 말합니다.

### 승인서 항목:

#### 기록부 신원 증명:

- 성명:** 수혜자 자신의 성명이나 수혜자 대리인이면 필요로 하는 기록부 당사자의 성명을 기록한다.
- 생년월일:** 유사성명인을 구별할 때 필요한 정보이므로 기입한다.

#### 기록부 마약에 도움이 되는 정보:

- 이전에 사용되었던 성명:** 혜택이나 서비스를 받을 때 사용하였던 모든 이름을 포함한다.
- 수혜자 ID 번호:** DSHS에서 수혜자에게 지정해 준 번호를 기입한다.
- 기타 신원확인용 번호:** 소셜시큐리티 번호나 수혜자의 기록부를 찾는 데 도움이 될 수 있는 해당 번호를 기입한다.
- 서비스 제공일자와 장소:** 이 정보는 DSHS에서 수혜자가 공개하려는 기록부를 마악하고 찾는 데 도움이 된다.

#### 기록부 입수 관계인(기관):

- 해당관계인(기관)의 신상명세:** DSHS에서 수혜자의 정보를 입수할 해당 관계인이나 기관에 연락할 수 있도록 가능한 한 관계인(기관)의 모든 신원 정보를 기입한다.
- 기록부공개사유:** DSHS에서 수혜자에 대한 마약 및 알코올 혹은 정신건강기록부를 다른 데로 공개하기에 앞서 기록부공개사유가 있어야 한다. 이에 수혜자가 공개 사유를 적어 놓지 않으면 DSHS에서 공개 사유항에 "수혜자의 요청"으로 라고 기입해 놓게 된다.

#### 승인사항:

- DSHS 소속 부서:** 공개할 기록부의 해당 DSHS 소속 부서에 체크하거나 DSHS에서 소지하고 있는 수혜자 자신의 모든 기록부를 이용하려면 이 항의 아래 네모칸에 체크한다. 해당 프로그램이 목록에 없으면 "기타"에 해당 프로그램명(기관)을 기입한다.
- 공개될 정보:** 공개될 수 있는 기록부를 표시해 놓는다. 수혜자 자신에 대한 일부/모든 DSHS 기록부를 공개할 수 있도록 승인해 놓을 수 있다. 수혜자는 상기 항목에 표시해 놓은 것처럼 DSHS 부서에서 소지하고 있는 수혜자의 기록부만을 공개하도록 해 놓거나 아니면 이 승인서에 지정해 놓은 기록부 혹은 수혜자의 서명이 들어 있는 첨부 내용만을 공개할 수 있다고 제한을 가해 놓을 수도 있다. 공개될 기록부를 제한해 놓을 경우, 해당 기록부를 지정해 놓거나 제한한 내용(예: 서비스 제공일자나 기록부 유형 등) 등을 지정해 놓아야 한다.
- 기밀 기록부:** 해당 기록부에 HIV/AIDS/STD 검사나 치료, 정신건강치료, 혹은 마약 및 알코올 치료서비스 관련 정보가 들어 있을 경우 수혜자는 공개를 허용하려는 각 해당 항목을 체크해 놓아 DSHS로 하여금 해당 항목만을 공개할 수 있도록 한다. 정신치료에 대한 메모 내용을 공개하려면 그에 대한 승인서를 별도로 작성해야만 한다(45 CFR 164.508(b)(3)(ii)).
- 유효성:** 이 승인서는 현재 DSHS에서 소지하고 있는 정보 제공에 유효하다. 이 승인서는 수혜자가 서명한 날짜 혹은 수혜자가 제공한 해당 날짜로부터 90일 이내에 만료된다. 단, 건강관리 제공처에서 공개하는 수혜자의 향후 건강관리에 관한 정보는 RCW 70.02.030 하에 90일로 제한된다. 수혜자는 기록부 공개에 대한 승인서를 언제든지 서면으로 폐지할 수 있으나 이미 제공된 정보는 철회할 수 없다.
- 수수료:** DSHS에서는 RCW 42.17.260 및 WAC 388-08-080의 정보 공개법에 따라 기록부 복사비와 발송료를 청구할 수 있다. 주정부에서 운영하는 종합병원과 건강관리기관들은 Chapter 70.02 RCW 하에 환자 기록부 관련 수수료를 더 높게 청구할 수 있다.

#### 설명:

- 해당 기록부의 당사자일 경우** 서명하고 인쇄체나 탁자로 자신의 성명을 아래에 기입한다. 서명일자와 함께 전화번호나 연락처를 기입한다.
- 해당 기록부의 당사자가 아니며, 다른 사람을 대신해 서명할 경우.** 이 승인서 제일 마지막 칸에 자신이 서명해도 되는 이유를 표시해 놓고 법원명령서나 법적인 권한이 설명되어 있는 기타 증빙서류 사본을 첨부한다. 아동의 경우, 기밀정보 공개를 승인할 수 있는 연령(정신건강 및 마약/알코올 치료서비스는 13세, HIV/AIDS/STDs 등에 관한 정보는 14세, 피임 및 낙태 등은 연령에 무관함. 건강 및 기타 기록부에 대한 승인은 18세)의 아동은 자신에 관한 기밀정보 공개 승인을 위해 서명해야만 한다.
- 증인 및 공동인:** 이 승인서를 수혜자가 자신이 직접 제출하지 않거나 해당 프로그램에서 수혜자의 신원 확인이 필요할 경우 증인이나 공동인의 서명이 필요할 수도 있다. 이 경우, 증인이나 공동인은 서명과 함께 인쇄체로 성명을 기입해야 한다.

**DSHS에 대한 공지사항:** 해당 기록부에 HIV 혹은 STD 정보가 들어 있을 경우 DSHS에서는 해당 기록부 수령자에게 이 기록부는 기밀정보로서 RCW 70.24.105(5)의 요구대로 명확한 승인 지시사항이 없이는 더 이상 다른 데로 공개할 수 없다는 것을 알려주어야 합니다. DSHS에서 이 승인서 하에 마약 혹은 알코올 치료서비스에 관한 기록부 사본을 다른 데로 보낼 경우, DSHS는 기록부 공개시 반드시 42 CFR 2.32에서 오건대로 다음 사항을 포함시켜야만 합니다.

제공된 이 정보는 연방 기밀정보 보호규정(42 CFR part 2)에 의해 보호를 받는 기록입니다. 해당인의 명확한 등식이나 42 CFR part 2에 따라 허용된 경우를 제외하고는 이 정보를 유출/공개하는 행위는 연방법에 저촉됩니다. 의료 및 그 밖의 정보 공개를 위한 일반적인 승인은 본 승인서 용도에 부합하지 않습니다. 연방 규정은 알코올이나 마약남용 치료 환자들을 상대로 형사상의 조사나 기소에 본 정보를 사용하는 것을 금하고 있습니다.